

医療の進歩の光と影

井上晃男

獨協医科大学内科学（心臓・血管）講座を担当するようになって3年が過ぎようとしている。まだまだ教室の地盤が固まらない中、昨年4月から大学病院副院長を兼任することになった。幸いにも教室員皆が支援してくれるので、教室運営には支障のないまま副院長としての職務をなんとかこなしている。副院長としての私の担当は連携医療であり、連携医療部長の肩書も頂戴しているため県や県医師会、郡市医師会の会合に病院の代表として出席する機会も多い。地域の先生方との交流を通じて、これまで当院が進めてきた大学主導型の連携医療からの脱却を図るべく孤軍奮闘しているが、様々な問題に直面している。

今日のように医療が高度に専門分化されると、もはや一つの医療機関だけで完結する型の医療では患者のニーズに答えることはできない。すなわち地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担、完結していく医療が求められている。患者が受診する医療機関を選択し、医療機関同士が相互に協力しあい、また切磋琢磨することで医療サービスの質が向上する。そのためには大学病院などの急性期高次医療機関、中小病院などの回復期二次医療機関、開業医がそれぞれ役割を分担し、高次医療機関は急性期治療後にはすみやかに二次医療機関に患者を逆紹介、退院後には開業医がかかりつけ医として在宅管理を支援しながら各医療機関の利用を調節するといった医療連携システムの構築が必要である。ところがそこには大きな障害がある。中小病院の医師数が充足しておらず、高次医療機関からの逆紹介患者の受け入れが困難なのである。本学の在る栃木県もご多分にもれず医師不足、医師偏在、ひいては地域医療の崩壊という現実には直面している。大学にはこうした病院からの医師派遣の要請が絶えない。しかしながら新臨床研修制度の導入以来、卒業生の大学離れ・大都市志向から、研修医の確保・入局者の確保が困難を極めている現状では大学病院自体の慢性的マンパワー不足から、とてもすべての病院の要請にこたえられる状況ではない。

一方連携医療を強化するためには各医療機関が患者の診療情報を共有する必要があり、そのためには共通パスが必須である。我が栃木県でも脳卒中、糖尿病に引き続いて、5大がん、急性心筋梗塞の県内統一連携パスの運用が開始された。またこうした医療連携を推進するためのネットワーク作りにIT化は避けて通れない。本県でもHumanBridgeやID-Linkなどのシステムの導入が検討されている。こうしたシステムを運用することで、質の高い医療連携が構築できるならば大いに活用すべきである。しかしながらパソコン/インターネットを使えない開業医もまだ多く、そうした医師を無視した弱者切り捨てのような医療連携体制作りは避けねばならない。

また、これからの医療連携は在宅管理をも視野に入れねばならない。循環器領域では、遠隔モニタリングシステムによる慢性心不全患者の在宅管理が試みられている。患者が毎日自宅で、システムに組み込まれている体重計で体重を計ると自動的に遠隔モニタリングセンターのサーバーにデータが記録される。センターでは記録された体重の増減を担当医にメールや電話などで連絡をし、担当医はそれに応じた治療を行うといったシステムであ

る。パソコンの使えない医師でもこのシステムには参加可能である。パソコンに限らず、電話やファックスといった誰でも使えるメディアを使った医療連携も考えてみる価値がある。しかし医療連携に最も重要なことはメディア上だけの連携でなく、連携医同士が互いに顔見知りになり、気心の知れた間柄になること、すなわちface to faceの医療連携である。

この四半世紀のめざましい進歩は様々な疾患に苦しむ患者に福音をもたらした。そのおかげで今やわが国は世界一の長寿国となり、稀代の高齢化社会を迎えることとなった。しかしながら決して健康寿命を延ばすことにはなっておらず、要介護高齢者の増加という恐ろしい現実を生み出す結果ともなってしまった。

4年前、以前より徐々に認知症が進んでいた母をグループホームに入所させた。ところが母は施設内で転倒し急性硬膜外血腫となり血腫除去術を行ったことがきっかけでその後急速に認知症が進行し、要介護度5のいわゆる寝たきり状態となった。4カ月間のリハビリ病棟での入院生活の末、運よく特別養護老人ホームに入所させることができたがその間家内にかけての苦労は尋常なものではなかった。一方ホームでの母に対する介護職員の介護ぶりには頭が下がった。食事の介助から入浴、排泄に至るまで生活のすべてが彼らの手に委ねられている。彼らはそんな状態の母に反応もないのに一生懸命に話しかけてくれ、一人の人間として接してくれた。彼らの激務ぶりは我々医療従事者の比ではなかろう。そんな母も昨年4月に施設で静かに息を引き取った。

要介護者を抱える家族の負担は大変なものである。生活は一変し、疲弊していく。デイサービス・デイケア・短期施設入所など在宅中心の介護サービスも多々あるが、それでもおのずと限界がある。要介護者の増加に対して、介護施設・介護従事者の絶対数が明らかに不足している。こうした将来を見据えて一般起業家たちによる介護ビジネスが一時期横行の兆しをみせたが、結局は現実を顧みない利益至上主義が社会からの拒絶を招いた。介護施設の充実とともに介護従事者の処遇改善が急務である。彼らの多くが過酷な労働条件・低賃金などから志半ばで職を辞していく。何といても施設に入所する・させることへの抵抗も根強い。

我々は常に目の前の患者を救うために日夜診療・研究に心血を注いでいる。かつて致死率の高い疾患であった急性心筋梗塞も、いまや冠動脈インターベンション（PCI）の普及により急性期死亡率は著しく減少した。しかしながら二次予防の確立の遅れからか再発が後をたたず、何度か再発を繰り返すうちに低心機能となり今度は心不全で入院を繰り返すようになる。医療の進歩により生命予後は改善されても、健康寿命は改善されていない。そして要介護者がますます増えていく。結局我々の最新鋭の技術を駆使した医療が多くの要介護者を生み出す結果となってしまっているような気がする。我々医療従事者の仕事は患者やその家族に幸せをもたらすためのものであるはずなのに、時に彼らを苦しめる結果に終わってしまうことがある。

我々医療従事者、特に高齢者を対象とすることの多い循環器医などは、医療の先に介護があることを常に認識し、介護をも考慮した医療、あるいは医療と介護の連携（医介連携）というものを推進していくべきであろう。

これまで大学がわが国の医学研究・高度医療をリードしてきた。医学教育もまたそれらを目的としたものであった。その結果もたらされた社会現象としての医療の地域間格差を考えた時、今後我々大学人が率先して「底辺の医療の底上げ」という理念で医療連携を推進していかない限り日本の医療に未来はないと考える。

(2011年12月)

(獨協医科大学内科学(心臓・血管)教授)